

Revista Ciencia UNEMI

Vol. 14, N° 37, Septiembre-Diciembre 2021, pp. 39 - 48

ISSN 1390-4272 Impreso

ISSN 2528-7737 Electrónico

<https://doi.org/10.29076/issn.2528-7737vol14iss37.2021pp39-48p>

Estudio comparativo de niveles de ansiedad generados por el COVID-19 en pacientes con diagnóstico previo de reacción al estrés

Marco Vinicio Ramírez Enríquez^{1*}; María Isabel Ramos Noboa²

Resumen

El objetivo de la presente investigación es establecer la diferencia entre los niveles de ansiedad antes y después de la pandemia COVID-19, en una muestra de 30 pacientes con diagnóstico previo de reacciones de estrés (CIE 10: F43.0, F43.8). Para este estudio, se empleó una metodología de diseño no experimental y de alcance descriptivo-comparativo, de corte longitudinal. La evaluación se realizó a través del empleo de la Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale- *HAS*). La edad de los examinados tenía una media (\bar{X}) de 28,27 años, con una distribución de género mayoritariamente femenino (60%). Entre los resultados se encontró que, en un 60% de los casos, los niveles de ansiedad encontrados en el postest son mayores que los hallados en el pretest y que dichas diferencias son estadísticamente significativas, ($p < .05$). Se concluye que dicho incremento es mayor en personas jóvenes y jóvenes adultos, de género femenino, con una instrucción primaria o secundaria y de condiciones socioeconómicas bajas; paralelamente, la condición de estar casado funcionó como un factor protector ante la ansiedad.

Palabras claves: Ansiedad, reacción al estrés, pacientes, COVID-19

Comparative study of anxiety levels generated by COVID-19 in patients with a previous diagnosis of reaction to stress

Abstract

The objective of this research is to establish the difference between anxiety levels before and after the COVID-19 pandemic, in a sample of 30 patients with a previous diagnosis of stress reactions (ICD 10: F43.0, F43.8). For this study, a non-experimental design methodology with a descriptive-comparative scope, longitudinal cut, was used. The evaluation was carried out through the use of the Hamilton Anxiety Scale (*HAS*). The age of the examinees had a mean (\bar{X}) of 28.27 years, with a mostly female gender distribution (60%). Among the results, it was found that, in 60% of the cases, the anxiety levels found in the post-test are higher than those found in the pre-test and that these differences are statistically significant ($p < .05$). It is concluded that this increase is greater in young people and young adults, female, with a primary or secondary education and low socioeconomic conditions; At the same time, the condition of being married worked as a protective factor against anxiety.

Keywords: Anxiety, stress reaction, patients, COVID-19

Recibido: 18 de mayo de 2021

Aceptado: 14 de agosto de 2021

¹ Psicólogo Clínico, Máster en Trabajo Social, Centro de Salud Tipo A- Mocha, ORCID: 0000-0003-4330-8817

² Psicóloga Clínica, Máster en Psicoanálisis con Mención en Educación, Docente Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, ORCID 0000-0003-0965-0416

*Autor para correspondencia vinicioram@yahoo.es

I. INTRODUCCIÓN

La pandemia COVID- 19 ha causado alarma, incertidumbre y altos niveles de estrés en la sociedad, esta condición ha permitido la instalación de diversos trastornos ansiosos en la población general. La sintomatología descrita se ha visto exacerbada por desinformación, sobreinformación y difusión de noticias erróneas al respecto. (Ozamiz-Etxebarria, Dosil-Santamaria, Picaza-Gorrochategui, & Idoiaga-Mondragon, 2020).

La declaratoria de emergencia en varios países ha incluido la restricción de movilidad y el establecimiento de cuarentenas (Díaz, J., Beverinotti, J., Andrian, L. G., Castellani, F., Abuelafia, E., Manzano, O., & Castilleja, L., 2020). El distanciamiento entre las personas, las limitaciones en la comunicación interpersonal y la ausencia de comunicación directa que se derivan de esta condición anómala, han incrementado el desarrollo de problemas de salud mental, particularmente de trastornos ansiosos y depresivos, los cuales han alcanzado niveles moderados a graves en un 28,8% y 16,5% respectivamente (Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C., 2020); sumando a altos nivel de estrés (35%), especialmente en mujeres (Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y., 2020).

Las personas que poseían condiciones premórbidas, han experimentado una agudización de su sintomatología, lo que, sumado a las limitaciones de las intervenciones psicosociales, el asesoramiento psicológico y los procesos de tratamiento ocasionados por la crisis sanitaria, han generado que en dicha población se instalen trastornos de salud mental con morbilidad asociada y mayor cronicidad (Gómez-Batiste et al., 2020). Otro factor que influye en la agudización de trastornos mentales previos, es que toda la atención de los servicios de salud se ha enfocado en brindar atención a la población que presenta sintomatología relacionada con la COVID- 19, priorizando los servicios de medicina y relegando a un segundo plano a la salud mental (Hernández, 2020).

Estrés

Lo señalado implica que, a partir de la emergencia sanitaria, se han elevado los niveles de estrés y *disestrés* de la población. El término estrés se refiere al “estado psicofísico que experimentamos cuando existe un desajuste entre la demanda percibida y la percepción de la propia capacidad para hacer frente a dicha demanda” (Gonzales, 2006, p. 8), lo que ha cobrado particular vigencia en tiempos de pandemia. El estrés puede producir una respuesta patológica ante la demanda ambiental excesiva o la situación percibida como amenazante, pero también puede ser considerado como un mecanismo adaptativo ligado a la supervivencia de la especie (Orlandini, 1999). Cuando la respuesta del organismo es eficaz y controlada ante las situaciones descritas, se genera una conducta adaptativa, comúnmente denominada *eustrés*; caso contrario el sujeto experimentará diversos niveles de estrés.

Los estilos de vida adoptados por la sociedad actual, donde la sobrecarga de demandas ambientales ligadas a las exigencias de éxito inmediato; los fenómenos de desintegración y fragmentación social; así como como los acontecimientos crasamente negativos como catástrofes, pérdida de un ser querido, ruptura de relaciones, desempleo, anuncio de enfermedades, entre otros; pueden generar respuestas desajustadas (Leira, 2012); estas condiciones se han visto exacerbado por los desafíos impuestos por la crisis sanitaria. Lo señalado ha determinado que el exceso de la demanda termine sobrepasando las capacidades resolutivas de los sujetos, ocasionando una inadecuada adaptación al medio.

Así, aunque el estrés representa un mecanismo normal y adaptativo, cuando la persona se encuentra sometida a situaciones estresantes de elevada intensidad y duración, como la que actualmente vivimos; es muy probable que se generen respuestas disfuncionales, interfiriendo en el desempeño, y transformándose, además, en un problema de salud que incluye alteraciones psicofisiológicas que afectan la vida instintiva del sujeto, alterando su sueño, alimentación, sexualidad; y generando alteraciones neurovegetativas como taquicardia, dolencias musculares, molestias

digestivas; y del rendimiento intelectual, como falta de concentración y problemas de memoria (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). Cuando estas reacciones se prolongan en el tiempo se produce una sobrecarga en el organismo que puede desencadenar problemas en la salud, relacionados al estrés malo, también llamado *disestrés*.

Reacción de estrés agudo y grave

El CIE 10, manual que constituye un estándar internacional para la generación de estadísticas de morbilidad, define a la reacción de estrés agudo frente a determinados agentes como “un trastorno transitorio que se produce en un individuo, sin aparentemente ningún otro trastorno mental, en respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional, que remite normalmente en horas o días” (World Health Organization, 2000, p.120). La instalación y gravedad de dicho trastorno, se ven mediatizados por la vulnerabilidad del sujeto y su capacidad de afrontamiento personal.

En cuanto a la reacción de estrés grave, esta se categoriza como un cuadro que incluye un estado inicial de embotamiento afectivo, sintomatología ansiosa y depresiva, además de sentimientos de ira y conductas de sobrevigilancia, ante el impacto de un agente estresor; el cuadro descrito debe presentarse de manera inmediata o al cabo de unos pocos minutos y dichos síntomas tienen una presentación cambiante, donde ninguno de ellos predomina sobre los otros durante mucho tiempo (World Health Organization, 2000). Cuando la temporalidad con la que se presenta el factor estresante es pasajera, el curso de evolución del trastorno es rápido (menos de un día); en los casos en que la situación estresante es continua, la adaptación es más compleja, pero, aun así, los síntomas comienzan a mitigarse después de 24 o 72 horas.

Habitualmente, las personas que presentan una reacción de estrés agudo o grave se han visto expuestas directa o indirectamente a un suceso lesivo y potencialmente mortal (American Psychiatric Association (APA), 2002). La exposición directa puede incluir: padecer algún tipo de lesión grave, violencia física o psicológica o experimentar peligro de muerte. La exposición indirecta puede relacionarse al hecho de atestiguar

acontecimientos dañinos ocurridos a terceras personas o a recibir una noticia de esta naturaleza que le han ocurrido a familiares o amigos cercanos (American Psychiatric Association (APA), 2002). Como es evidente, las condiciones generadas por la crisis sanitaria constituyen un factor estresor que puede determinar la instalación de reacciones de estrés agudo y grave.

Ansiedad

La ansiedad es una respuesta anticipatoria del organismo frente a estímulos percibidos como amenazantes o peligrosos, que se acompaña de síntomas motores y fisiológicos (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). El proceso descrito, es mediatizado por una interpretación particular de la realidad, en la que las emociones y la conducta que se desencadena a partir de ella, son reacciones a nuestra forma de representar la realidad. En otras palabras, el sujeto no reacciona emocional o conductualmente ante la realidad objetiva presente en el exterior, sino que lo hace frente a la realidad subjetiva que crea a partir de ella (Mayorga, 2018).

La ansiedad puede considerarse una respuesta normal que permite al individuo adoptar las medidas necesarias para el afrontamiento de una amenaza real o percibida, con el objetivo de preservar su vida. El ser humano ha desarrollado respuestas adaptativas eficaces, a través de un proceso evolutivo que involucra millones de años: la reacción de lucha o huida (Torrents et al., 2013). Por lo tanto, esta anticipación tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia; sin embargo, cuando las representaciones de la realidad son inadecuadas, condensada en discursos autodestructivos (ideas irracionales o distorsiones cognitivas), generan estados emocionales y conductuales desadaptativos e incluso trastornados (Mayorga, 2018).

A partir de lo señalado se infiere que, aún fenómenos como la pandemia COVID- 19, requieren cierto procesamiento cognitivo, para instalar una patología; por ello, los desórdenes ansiosos se han conceptualizado a través del tiempo como una respuesta esencialmente cognoscitiva, que genera reacciones emocionales, comportamentales y fisiológicas excesivas o prolongadas, y ocurre ante una situación percibida

como amenazante (Ramos, Piqueras, Martínez, & Oblitas, 2009); basada a menudo en eventos que aún no ocurren o pueden no llegar a ocurrir. Refieren los autores que la ansiedad es patológica cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, lo que provoca un malestar significativo, con síntomas cognitivos, emocionales, conductuales, motores y fisiológicos (Arias, Herrero, Cabrera, Chibás, & García, 2020), la mayoría de las veces muy inespecíficos.

Relación entre el estrés y la ansiedad

Cabe señalar que la literatura psicológica establece que las reacciones de estrés y la ansiedad son patologías que presentan altos niveles de comorbilidad (Sevillano-García, Manso-Calderón, & Cacabelos-Pérez, 2007); la distribución por sexo es discutible, pues algunas investigaciones señalan que el fenómeno resulta menos evidente en pacientes de sexo femenino (Gaytan, 2015), mientras que otras sugieren una mayor incidencia del mismo en el sexo femenino (Cobo, 2017). Los estudios de Cobo (2017) también revelan que el grupo etario más vulnerable corresponde a las personas entre 18 y 40 años; mientras que, una escolaridad universitaria y una buena ubicación laboral resultan ser factores protectores ante el estrés y la ansiedad (Gaytan, 2015).

Aunque el impacto psicoemocional provocado por la pandemia COVID- 19 resulta evidente, la investigación al respecto ayudará a comprender con mayor profundidad el impacto de este fenómeno; también es relevante, revisar el comportamiento del fenómeno frente a determinados factores sociodemográficos, los cuales pueden llegar a ser estimados de riesgo o protectores, dependiendo del caso. En función de lo señalado, los objetivos del presente estudio son: a) Establecer el nivel de vulnerabilidad que representan determinados factores sociodemográficos frente a las exigencias que se desprenden de la pandemia COVID- 19. b) Determinar en qué grado el nivel de ansiedad de una muestra de pacientes con diagnóstico previo de reacciones de estrés, se ve alterado como resultado de la pandemia COVID- 19; se estima que se encontrará un aumento significativo de la ansiedad en los participantes del estudio.

METODOLOGÍA

Diseño de investigación

El diseño del presente estudio es no experimental; de tipo cuantitativo; de alcance descriptivo- comparativo, de corte longitudinal (Gómez & De León, 2014), en el que se analizan los niveles de ansiedad generados por el aislamiento social COVID 19 en pacientes con diagnóstico previo de reacción al estrés.

Participantes

La muestra está conformada por 30 participantes. El 40% son hombres y el 60% mujeres; con edades comprendidas entre 18 a 40 años ($\bar{X} = 28,27$), de la provincia de Tungurahua- Ecuador. El método de muestreo empleado en este estudio es de tipo no probabilístico por conveniencia con criterios de inclusión. Estos criterios comprendieron: a) Participación voluntaria en el estudio; b) Ser mayor de edad; c) Haber tenido un diagnóstico previo de reacciones de estrés (CIE 10: F43.0, F43.8); y d) Firma de autorización y difusión de los resultados de la investigación.

Instrumentos

Escala de Ansiedad de Hamilton (*Hamilton Anxiety Scale- HAS*): La escala consta de 14 ítems, de los cuales 13 hacen alusión a signos y síntomas ansiosos y el último está destinado a valorar el comportamiento del individuo durante la entrevista. El evaluado debe puntuar la intensidad en la que se le presentan los síntomas ansiosos basándose en una escala de tipo Likert de 5 valores categoriales basados en: ausente, leve, moderado, grave y muy grave; por lo tanto, se trata de un instrumento que valora los montos de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados como ansiosos. El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista. La escala de ansiedad de Hamilton posee una consistencia interna determinada por alfa de Cronbach de 0.79 a 0.86, el cual se considera muy bueno (Hamilton, 1967).

Procedimiento

Tras la respectiva autorización del proyecto de

investigación intitulado “Estudio comparativo de niveles de ansiedad generados por el COVID-19 en pacientes con diagnóstico previo de reacción al estrés”, se procedió a la aplicación de la escala psicométrica (Escala de Ansiedad de Hamilton), a una muestra de 30 usuarios de la Unidad de Salud del cantón Mocha, quienes habían sido previamente diagnosticados con de reacciones de estrés (CIE 10: F43.0, F43.8); las aplicaciones se llevaron a cabo en el mes de noviembre de 2019 y en el mes de junio de 2020. Todos los participantes fueron informados del proceso, al que dieron su autorización a través de la firma de una carta de consentimiento informado, también se contó con el consentimiento informado del Centro de Salud.

Una vez recolectados los datos, se procedió a la depuración de la información, la sistematización y digitalización en bases de datos y análisis estadístico en el programa SPSS. Con los resultados se realizó el análisis comparativo y la formulación de los reportes de investigación. Es importante recalcar, que se respetaron los criterios establecidos para la protección de datos, así como las normas éticas

contempladas por el Manual APA.

Análisis de datos

Se emplearon dos tipos de análisis estadísticos en el estudio. El primero comprende un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra examinada. Este análisis comprendió el manejo de estadísticos de tendencia central (media) y dispersión (desviación típica). Posteriormente, se realizó un análisis comparativo empleando la prueba W de Wilcoxon, para estudios no paramétricos de grupos relacionados. El análisis estadístico de los resultados se realizó a través del uso del software SPSS en la versión 22 (IBM Corp., 2012).

RESULTADOS

Análisis sociodemográfico

La primera tabla corresponde a las características sociodemográficas de la muestra, la misma incluye: edad, sexo, y procedencia. Los resultados corresponden a medidas de distribución como media (\bar{X}), desviación estándar (s), y frecuencias (f) (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis sociodemográfico

Variables	Mínimo	Máximo	Media	Des. Típ.
Edad	18	40	28,27	8,63
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Género				
Masculino	12	40,0	40,0	40,0
Femenino	18	60,0	60,0	100,0
Estado Civil				
Soltero (a)	5	16,7	16,7	16,7
Casado (a)	19	63,3	63,3	80,0
Unión de Hecho	6	20,0	20,0	100,0
Nivel de Instrucción				
Primaria	13	43,3	43,3	43,3
Secundaria	12	40,0	40,0	83,3
Superior	5	16,7	16,7	100,0
Nivel Socioeconómico				
Clase pobre	17	56,7	56,7	56,7
Clase media baja	3	43,4	43,4	100,0

Nota: n = 30 observaciones

La edad de los participantes de la investigación se ubica en una media (\bar{X}) de 28,27 años con una desviación estándar (s) de 8,63. La distribución por género está conformada por 18 personas de género

femenino que representa un porcentaje de 60% y 12 personas de género masculino que representa el 40%.

El estado civil de los participantes se agrupa

de la siguiente manera: 63,3% de los participantes están casados; 20% viven en unión de hecho; y el 16,7% son solteros. En lo que respecta a nivel de instrucción, el 43,3% de los participantes posee instrucción primaria; el 40% tiene instrucción secundaria; y el 17,7% han alcanzado un nivel de instrucción superior.

En cuanto al nivel socioeconómico, los participantes de este estudio se agrupan en dos quintiles: el 56,7% pertenecen a la clase pobre, y el 43,3% a la clase media baja, ningún participante pertenece a las categorías media, media alta o alta de la clasificación del quintil de pobreza (Atuesta, Cuevas, & Zambonino, 2016).

Comparaciones

Para las comparaciones, se empleó la prueba

W de Wilcoxon, prueba no paramétrica que se emplea en investigaciones de grupos relacionados. El estadístico permite comparar los rangos pretest y postest de un grupo de participantes que no posee una distribución normal, en este caso, debido a su tamaño (30 sujetos); también es el más recomendable, dada la naturaleza ordinal de la prueba psicométrica utilizada.

En la primera tabla se muestran los rangos diferenciados en tres categorías. En primer lugar, los rangos negativos, que señalan los casos en los que la puntuación del pretest es mayor que la del postest (9 casos); en segundo lugar, los rangos positivos, que señalan los casos en los que la puntuación del postest es mayor a la del pretest (18 casos); y finalmente, los empates (3 casos). Ver Tabla 2.

Tabla 2. Niveles de Ansiedad Pretest- Postest

Niveles de Ansiedad		N	Rango promedio	Suma de rangos
Pretest - Postest	Rangos negativos	09	9,28	83,50
	Rangos positivos	18	16,36	294,50
	Empates	03		
	Total	25		

Nota: n = 30 observaciones

La tabla revela que en 18 casos (60%) los niveles de ansiedad encontrados en el postest son mayores que los hallados en el pretest; en 9 casos (30%) los valores del pretest son mayores que la del postest, de tal manera, que la ansiedad de los participantes no se ha incrementado a pesar de los efectos de la pandemia provocada por COVID-19; y en 3 de los casos (10%) se obtiene la misma puntuación en el pretest y en el postest.

Posteriormente, analizamos la siguiente tabla, para comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre pretest y postest. Ver Tabla.

Tabla 3. Diferencias de Ansiedad Pretest- Postest

Niveles de Ansiedad	Pretest Postest
Z	-2,547(a)
Sig. asintót. (bilateral)	,011*

Nota: * p < ,05

El valor de probabilidad asociada al estadístico calculado es de 0,011, valor que se encuentra por debajo de 0,05 (p < .05), a partir de lo cual se puede afirmar que existen diferencias estadísticamente

significativas entre las puntuaciones de ansiedad del pretest y postest, donde la probabilidad de la intervención del azar es inferior al 5%.

Discusión:

Los estudios revelan que los sobrevivientes de COVID-19 presentaron una alta prevalencia de secuelas psicoemocionales, y el 55% de las muestras examinadas presentan una puntuación patológica para al menos un trastorno, particularmente un trastorno ansioso (Gennaro, De Lorenzo & Poletti, 2020). La investigación también evidencia que existe un mayor predominio de sintomatología cognitiva y emocional, que de síntomas fisiológicos y somáticos asociados a los trastornos ansiosos (Tirino-Quijje & Giniebra-Urra, 2020). La mayoría de investigaciones realizadas a nivel mundial en referencia a la crisis sanitaria provocada por el COVID- 19, revelan que las variables sociodemográficas influyen en el proceso de asimilación de la situación por parte de la persona, y la respuesta que se desarrolla

frente a la ansiedad (Qiu et al., 2020; Wang et al., 2020). Entre las variables sociodemográficas que tienen un mayor nivel de incidencia figuran edad, género, estado civil, nivel de instrucción y nivel socioeconómico.

La media de edad de los participantes de esta investigación (28,27 años) los ubica en un grupo de alta vulnerabilidad frente al estrés y ansiedad provocados por el COVID-19; estudios previos han revelado que las personas entre 18 y 30 años presentaron niveles más altos de estrés psicológico que los encontrados en otras poblaciones (Huarcaya-Victoria, 2020); mientras que en Ecuador la edad de las personas que presentaron mayores niveles de ansiedad se ubica entre los 26 y 35 años (García, Viveros, Carrión, & Román, 2020). Lo señalado concuerda con las edades con mayor grado de mortalidad por COVID-19 en Ecuador, pues el 60,7% de todas las muertes registradas por la pandemia, se agrupan en el rango de 20 a 49 años, de acuerdo a la información emitida por el Ministerio de Salud Pública (2020). Este fenómeno podría verse afectado por el mayor uso de medios digitales por parte de este grupo etario y el consecuente acceso indiscriminado a rumores, noticias falsas e información errónea que empieza a propagarse por las redes sociales, factor que ha demostrado desencadenar altos niveles de estrés y ansiedad en quienes consumen dicha información (Shimizu, 2020).

En cuanto al género como variable sociodemográfica, el presente estudio muestra que el 60% de la población que ha experimentado aumento en sus niveles de estrés pertenecen al género femenino (Segura & Pérez, 2016). La prevalencia del fenómeno descrito mantiene congruencia con estadísticas mundiales, un estudio realizado durante la fase inicial de la pandemia reveló que los examinados que experimentaron estrés psicológico fueron mayoritariamente mujeres (Huarcaya-Victoria, 2020); hallazgo que fue corroborado por investigaciones previas (García et al., 2020; ; Qiu et al., 2020; Wang et al., 2020), las cuales revelaron que un mayor impacto psicológico, en diversos niveles de intensidad (mínimo, moderado y moderado- grave), se correlaciona al hecho de ser mujer, las cuales también presentan mayor cantidad de síntomas

físicos asociados a la ansiedad durante el brote de la enfermedad.

En lo que respecta al nivel de instrucción y considerando que la mayoría de los examinados poseen una instrucción primaria, los resultados que se han encontrado en esta investigación concuerdan con lo que revelan otros trabajos al respecto de las diferencias halladas por nivel de educación; pues, de manera general un menor nivel educativo se relaciona con mayores niveles de temor y con efectos psicológicos más severos (Rodríguez-Rey, Garrido-Hernansaiz, & Collado, 2020; Wang et al., 2020). Lo señalado, podría deberse al hecho de que las diferencias a nivel educativo suelen ser un indicador de desigualdad de recursos económicos en el marco de la crisis sanitaria (De-Abreu & Angelucci-Bastidas, 2020; Johnson, Saletti-Cuesta, & Tumas, 2020). Paralelamente, el hecho de que la mayoría de los examinados se encuentren casados, funciona como un factor protector frente al estrés y la ansiedad (Rodríguez-Rey et al., 2020), proovee al sujeto de un mayor nivel de control de su ansiedad y lo vuelve más resiliente (Tirino-Quijije & Giniebra-Urra, 2020).

Finalmente, la totalidad de los examinados se encuentran ubicados en clase media baja o pobreza, condiciones que evidentemente generan diversas formas de discriminación y desventaja frente a los desafíos planteados por la crisis sanitaria provocada por el COVID-19; pues la falta de ingresos y recursos económicos vuelve casi imposible seguir la recomendación de distanciamiento social, específicamente el permanecer en casa (Fernández-Sánchez, Gómez-Calles, & Pérez-Pérez, 2020). Aunque la crisis provocada por efecto de la pandemia es de carácter sanitario y constituye una clara amenaza para la vida de millones de personas; el impacto en la economía, el comercio y los empleos, sumado a la ausencia de medidas apropiadas a nivel político, ha generado que las clases menos privilegiadas corran un alto riesgo de caer en la pobreza y tengan mayores dificultades para reestablecer sus medios de vida durante el periodo de recuperación (Organización Internacional del Trabajo, 2020), factor que agrava los niveles de estrés y ansiedad de las personas que enfrentan este escenario desde

esta condición particular.

En cuanto al efecto que ha generado la crisis sanitaria sobre los niveles de ansiedad de un grupo de pacientes con diagnóstico previo (reacciones de estrés), los resultados obtenidos en la presente investigación revelaron que el 60% de los examinados evidenciaron un aumento en sus niveles de ansiedad, al ser comparados con los valores obtenidos previo a la pandemia COVID-19. Este efecto ha sido constatado en otras poblaciones, donde los niveles de estrés y ansiedad han aumentado considerablemente, sobre todo en grupos considerados de riesgo, debido a su edad, género, condición económica, etc. (Ozamiz-Etxebarria, Dosil-Santamaria, Picaza-Gorrochategui, & Idoiaga-Mondragon, 2020). El aumento transitorio de los niveles de ansiedad como respuesta cognoscitiva, emocional, comportamental y fisiológica, ante una situación percibida como amenazante, es habitual y no constituyen una reacción patológica, mientras no sobrepase cierta intensidad, ni supere la capacidad adaptativa de la persona (Arias, Herrero, Cabrera, Chibás, & García, 2020).

El hecho inesperado de que, a pesar de las condiciones impuestas por la pandemia COVID-19, en un 10% y 30% de los participantes los niveles de ansiedad no hayan experimentado variaciones e incluso hayan llegado a disminuir; podría explicarse a partir de los trabajos de Ozamiz-Etxebarria, y otros (2020), donde se ha destacado que el tiempo de preparación, el nivel de información, y el grado de proximidad a los casos de contagio o muerte, impiden que los niveles de ansiedad crezcan desmesuradamente. Paralelamente, otras investigaciones han revelado que, en personas donde el menor contacto social supone un alivio transitorio frente a las demandas ambientales (ambientes académicos o laborales hostiles), los niveles de ansiedad incluso han llegado a disminuir (Gómez-León, 2021). Sin embargo, este fenómeno de resiliencia merece más investigación.

CONCLUSIONES

Variables sociodemográficas como ser joven adulto se relacionan con un mayor nivel de vulnerabilidad para desarrollar cuadros de ansiedad

provocados por la crisis sanitaria; cabe recalcar que este rango de edad también aparece como el que presenta mayores tasas de mortalidad durante la pandemia. Paralelamente, el hecho de pertenecer al género femenino, también se correlaciona con un aumento en el nivel de vulnerabilidad para desarrollar sintomatología ansiosa, de diversas intensidades, ante la pandemia COVID-19.

Un menor nivel de instrucción aparece como un factor de riesgo para desarrollar trastornos ansiosos, aunque este fenómeno parece relacionarse con el hecho de que, generalmente la dificultad para acceder a estudios superiores, es un indicador de desigualdad económica. A este respecto, resulta evidente que las condiciones de pobreza agravan los desafíos a los que las personas deben hacer frente durante la crisis sanitaria COVID-19; pues imposibilita atender a las recomendaciones de teletrabajo o distanciamiento social; además de que dificulta el eventual restablecimiento de actividades productivas; todo lo cual, aumenta los niveles de estrés y ansiedad que puede padecer un individuo.

Como se podía anticipar, los niveles de ansiedad de la mayoría de personas, se han elevado como resultado de la pandemia COVID-19, particularmente los de personas previamente diagnosticada con cuadros que suelen presentar comorbilidad con trastornos ansiosos (reacciones de estrés agudo y grave). Sin embargo, resulta desconcertante el hecho de que una proporción menor, aunque considerable, de examinados no haya mostrado variabilidad en sus niveles de ansiedad e inclusive estos hayan llegado a disminuir.

El fenómeno descrito puede estar asociado a variables protectoras, tales como tiempo de preparación, nivel de información, proximidad a los casos de contagio y en el caso de esta investigación, el hecho de estar casado y la compañía y apoyo que aquello implica. También ha ayudado el hecho de que las condiciones de distanciamiento han impedido que algunas personas deban enfrentar ambientes académicos o laborales que generaban estrés y ansiedad. A pesar de lo señalado, indagar sobre las razones que han evitado el incremento de la ansiedad, debe ser investigado con más probidad, a fin de establecer cuáles son los factores

protectores de salud mental en época de pandemia COVID-19.

REFERENCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Arias, Y., Herrero, Y., Cabrera, Y., Chibás, D., & García, Y. (2020). Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19, 1-13.

Atuesta, B., Cuevas, F., & Zambonino, D. (2016). ¿Qué impulsó la reducción de la pobreza y la desigualdad en Ecuador en la última década? En A. Molina, J. Rosero, M. León, R. Castillo, F. Jácome, D. Rojas, . . . M. Sharman, *Reporte de pobreza por Consumo. Una historia del mercado laboral urbano* (págs. 210-259). Quito: INEC.

Cobo, A. A. (2017). *Comorbilidad de trastorno de ansiedad generalizada y otras entidades clínicas en pacientes que acuden a la Consulta Externa del Instituto de Neurociencias período 2014 - 2015*. Universidad de Guayaquil: Maestría thesis.

De-Abreu, Y., & Angelucci-Bastidas, L. T. (2020). Preocupaciones asociadas al COVID-19. *Boletín Científico Sapiens Research*, 10(2), 3-14.

Díaz, J., Beverinotti, J., Andrian, L. G., Castellani, F., Abuelafia, E., Manzano, O., & Castilleja, L. (2020). *El impacto del COVID-19 en las economías de la región (Región Andina)*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0002281>

Fernández-Sánchez, H., Gómez-Calles, T., & Pérez-Pérez, M. (2020). Intersección de pobreza y desigualdad frente al distanciamiento social durante la pandemia COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36, 1-15.

García, V., Viveros, L., Carrión, N., & Román, J. (2020). Comportamiento de los ecuatorianos frente al COVID-19. *Horizontes de Enfermería*(10), 44-54.

Gaytan, C. A. (2015). *Ansiedad, depresión y stress postraumático como comorbilidad psiquiátrica en pacientes con lesión medular*. Universidad de San Carlos de Guatemala.: Maestría thesis.

Gennaro, M., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., . . . Rovere-Querini, P. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 594-600.

Gómez, C., & De León, E. (2014). *Métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a la investigación en Ciencias Sociales*. México: Tirant Humanidades.

Gómez-Batiste, X., Leiva, J. P., Tuca, A., Beas, E., Montoliu, R., Gálvez, R., . . . Amblà, J. (2020). Organización paliativa durante la pandemia de la COVID-19 y propuestas para la adaptación de los servicios y programas de cuidados paliativos y de atención psicosocial ante la posibilidad de reactivación de la pandemia y época pos-COVID-19. *Medicina Paliativa*, 27(3), 242-254.

Gómez-León, M. I. (2021). Disminución de la ansiedad en las víctimas del bullying durante el confinamiento por COVID-19. *Revista de Educación a Distancia*, 21(65), 1-20.

Gonzales, M. (2006). *Manejo del Estrés*. Antequera: Innovación y Cualificación.

Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594.

Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-96.

Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(2), 327-334.

Johnson, M., Saletti-Cuesta, L., & Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a

- la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2247-2257.
- IBM Corp. (2012). *IBM SPSS Statistics for Windows*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Leira, M. S. (2012). *Manual de bases biológicas del comportamiento humano*. Montevideo: Udelar. CSE.
- Mayorga, M. (2018). *Escuelas de psicología: un breve recorrido por las teorías de la personalidad*. Quito: Centro de Publicaciones PUCE.
- Ministerio de Salud Pública. (28 de Enero de 2020). *Actualización de casos de coronavirus en Ecuador*. Obtenido de Situación Nacional por COVID-19: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/01/INFOGRAFIA-gennNACIONALCOVID19-COE-NACIONAL-08h00-28012021.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo. (07 de Abril de 2020). *Observatorio de la OIT: El COVID-19 y el mundo del trabajo. Segunda edición*. Obtenido de Estimaciones actualizadas y análisis: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/-dcomm/documents/briefingnote/wcms_740981.pdf
- Orlandini, A. (1999). *El estrés. Qué es y cómo evitarlo*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaría, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), e00054020.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), e100213.
- Ramos, V., Piqueras, J. A., Martínez, A. E., & Oblitas, L. A. (2009). Emoción y Cognición: Implicaciones para el Tratamiento. *Terapia psicológica*, 27(2), 227-237.
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S. (2020). Psychological Impact of COVID-19 in Spain: early data report. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), 550-552.
- Segura, R. M., & Pérez, I. (2016). Impacto diferencial del estrés entre hombres y mujeres: una aproximación desde el género. *Alternativas en psicología*(36), 105-120.
- Sevillano-García, M. D., Manso-Calderón, R., & Cacabelos-Pérez, P. (2007). Comorbilidad en la migraña: depresión, ansiedad, estrés y trastornos del sueño. *Revista de neurología*, 45(7), 400-405.
- Shimizu, K. (2020). 2019-nCoV, fake news, and racism. *The Lancet*, 395, 685-686.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferencia. *Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Tirino-Quijje, D., & Giniebra-Urra, R. (2020). Resiliencia y ansiedad en personas con COVID-19 en Manta, Manabí, Ecuador. *Revista Científica Multidisciplinaria Arbitrada YACHASUN*, 4(7), 323-343.
- Torrents, R., Ricart, M., Ferreira, M., López, A., Renedo, L., Lleixà, M., & Ferré, C. (2013). Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel. *Index de Enfermería*, 22(1), 60-64.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729.
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.